

Frågar sjuksköterskor patienter om deras alkoholvanor?

FÖRFATTARE	Jenny Bergstrand Anne-Charlotte Svedberg
KURS	Fristående kurs OM1640 Omvårdnad - examensarbete I HT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Gudrun Valmari
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel: Frågar sjuksköterskor patienter om deras alkoholvanor?

Title: Do nurses' ask patients about their alcohol habits?

Arbetets art: Självständigt arbete I, grundnivå

Fristående kurs: Omvårdnad – Examensarbete I
OM1640

Arbetets omfattning: 15,0 högskolepoäng

Sidantal: 22

Författare: Jenny Bergstrand, leg. sjuksköterska vid Östra sjukhuset,
medicinkliniken, Göteborg.
e-post: jenny_bergstrand@hotmail.com

Anne-Charlotte Svedberg, leg. sjuksköterska vid Östra sjukhuset,
medicinkliniken, Göteborg.
e-post: anne-charlotte.svedberg@vgregion.se

Handledare: Gudrun Valmari

Examinator: Hans Ragneskog

ABSTRAKT

Alkohol är den vanligaste drogen i Sverige. Alkoholskadorna är stora och varje år dör 5000-6000 personer i sviterna av alkoholskador. Alkoholintervention har i studier visat sig vara effektivt för att nå riskkonsumenter av alkohol i syfte att minska konsumtionen. Socialstyrelsen kom år 2007 ut med nationella riktlinjer där det rekommenderas att hälso- och sjukvården inom vissa områden som akutmottagningar och primärvård har utarbetade system med tydliga strategier för tidig upptäckt av alkohol- och narkotika-problem. Sjuksköterskan möter patienten i sitt arbete, hon gör en första bedömning av patientens hälsoproblem i ankomstsamtalet. Syftet med fördjupningsarbetet var att undersöka vad som påverkar sjuksköterskan att i mötet med patienten ta upp frågan om dennes alkoholvanor. Fördjupningsarbetet är en litteraturstudie som baseras på 10 vetenskapliga artiklar. Artiklarna analyserades induktivt och tre teman framträdde: kognitiva faktorer, emotionella faktorer samt organisatoriska faktorer. I resultatet framkom kunskapsbrist och dåligt självförtroende som en orsak till att inte fråga patienten om dennes alkoholvanor. Det framkom även negativa attityder såsom misstro till patienten, att det är ett känsligt ämne samt en rädsla för att störa patientrelationen som orsaker liksom delade åsikter om vems ansvar alkoholprevention är. Slutsatsen blev att kunskapsbristen bedöms vara den viktigaste orsaken till att inte fråga om alkoholvanor. Om kunskapsbristen kan åtgärdas med utbildning kan även de negativa attityderna mot alkoholprevention motverkas.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	4
INLEDNING	4
ALKOHOLKONSUMTION ÖVER TIDEN	4
ALKOHOLSKADOR	4
FOLKHÄLSOBEGREPP	5
Prevention	5
Intervention	5
FÖREBYGGANDE ARBETE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	5
SJUKSKÖTERS KANS MÖTE MED PATIENTEN	6
Etisk relationsteori	7
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	8
PROBLEMFORMULERING OCH SYFTE	9
METOD	9
RESULTAT	11
KOGNITIVA FAKTORER	11
Kunskap	11
Kunskapsbrist	11
EMOTIONELLA FAKTORER	12
Reaktion, relation och attityd	12
ORGANISATORISKA FAKTORER	13
Ansvar	13
Prioriteringar, rutiner och resurser	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Kognitiva faktorer	15
Emotionella faktorer	16
Organisatoriska faktorer	18
SLUTSATS	19
REFERENSER	21

INTRODUKTION

INLEDNING

Alkohol brukas av de flesta vuxna människor i Sverige (1). Inom medicinkliniken på Östra sjukhuset, där vi båda arbetar som sjuksköterskor, träffar vi många olika patienter. Äldre studier har antytt att så många som 1/5 av alla akutbesök på sjukhus är alkoholorsakade (2). Vi har inte funnit några nyare siffror på detta i litteraturen, men eftersom alkoholkonsumtionen ökar i samhället (1, 3) kan det misstänkas att antal vårdtillfällen orsakade av alkohol också ökar. Trots att vi vet att alkohol är en vanlig orsak till flera sjukdomstillstånd, som t ex magsår eller orsak till falltrauma (2), upplever vi att sjuksköterskor sällan ställer frågor om alkoholvanor vid t ex ankomstsamtalet. Detta är märkligt då vi på vår arbetsplats ofta är snabba med att informera om vikten av rökavvänjning eller motion vid hjärt- och kärlsjukdomar eller kostens betydelse vid diabetes. Med denna uppsats vill vi ta reda på om frågor kring alkoholvanor ställs i mötet med patienten.

ALKOHOLKONSUMTION ÖVER TIDEN

Alkohol är den vanligaste drogen i Sverige (3). Ca 90 % av Sveriges befolkning brukar alkohol. Alkohol är ett njutningsmedel som många förknippar med avkoppling, social samvaro eller en smakupplevelse, men det är också ett av västerlandets största folkhälsoproblem (1).

Historiskt sett har konsumtionsutvecklingen gått upp och ner. I slutet av 1800-talet drack det svenska folket så pass mycket alkohol att det hotade utvecklingen till en modern stat. Under tidigt 1900-tal slog nykterhetsrörelsen igenom och konsumtionen minskade kraftigt (1). Införandet av motbok, som användes mellan 1917-1955, bidrog till att ytterligare minska konsumtionen. Motbok var ett häfte som individen fick stämplat i på Systembolaget vid inköp av sprit för att Systembolaget skulle kunna bevaka den köpta ransonen. Inköpsrätten per motbok och månad var 1,82 liter sprit, men gav obegränsade rättigheter att köpa vin då det inte förknippades med alkoholism och fylleri (4). Alkoholkonsumtionen i Sverige har sedan ökat igen. Volymen legalt försäld alkohol per invånare över 15 år har i Sverige under åren 1946 – 2004, ökat från 4 liter till ca 10,2 liter 100-procentig alkohol (1, 3). Alkoholkonsumtionen är snedfördelad i befolkningen. Ca 10 % av befolkningen beräknas stå för mer än hälften av all konsumtion (1).

ALKOHOLSKADOR

Alkoholskadornas omfattning är stor, varje år dör 5000-6000 personer i Sverige i sviterna efter alkoholskador (2), vilket är mer än 10 ggr fler än dödsfall i trafikolyckor. Enligt WHO's rapport från 2002 står alkoholkonsumtionen för 9 % av sjukdomsburden i Europa, främst i form av psykiska sjukdomar, skador och förgiftningar. Europa var år 1998 den kontinent som drack mest alkohol i världen med ett genomsnitt på 7,3 l per person och år. Denna siffra varierade dock stort mellan olika länder i Europa, mellan 0,9 l och 13,3 l per person och år (5).

Nästan alla organ i kroppen riskerar att skadas av alkohol. De vanligaste skadorna är neurologiska, lever- och pancreasskador, mag-tarmskador med nedsatt näringsupptag som följd, hjärtmuskelskador och skelettskador (2). Ofta är besvären/skadorna diffusa i början, och patienten själv ser inte sambandet mellan sina besvär och sina alkoholvanor. Därför krävs gediget kunnande av sjukvårdspersonal om alkoholens skadeverkningar samt förmåga att kunna upptäcka en eventuell överkonsumtion av alkohol eller alkoholmissbruk (2, 3).

Med underlag av vetenskapliga studier har följande gränser för riskfylld konsumtion angetts:

- Tre flaskor vin per vecka, 9-12 burkar starköl per vecka eller 75 cl starksprit per vecka för män.
- Två flaskor vin, 6-9 burkar starköl eller 50 cl starksprit per vecka för kvinnor (6).

FOLKHÄLSOBEGREPP

Prevention

Med primär prevention menas att förhindra att ett hälsoproblem uppkommer. Inom området för alkohol kan det innebära att begränsa tillgängligheten av alkohol genom att påverka alkoholpolitiska beslut, påverka opinionen genom media och broschyrer för att minska efterfrågan på alkohol. Hos ungdomar kan preventionen ske exempelvis genom förebyggande ungdomsarbete i kommunen. Här kan sjukvården bidra med mycket då de har kunskap om alkoholens skadeverkningar samt att de ofta får naturliga tillfällen att samtala med patienter om deras livssituation och kan upplysa patienten om vikten av återhållsamma alkoholvanor (7).

Intervention

Syftet med sekundär prevention av alkoholproblem syftar till att, med olika metoder så tidigt som möjligt, nå riskgrupper av olika slag, t ex högkonsumenter av alkohol, barn till missbrukare, gravida och unga kvinnor, för att hindra utveckling av ett beroende (6, 7). Det finns flera olika tekniker för att upptäcka en alkoholöverkonsumtion, däribland flera självrapporteringsformulär. Heilig (1) rekommenderar självrapporteringsformuläret AUDIT (bilaga 1), vilket är framtaget av Världshälsoorganisationen, WHO, för att screena fram dessa patienter. Patienter med hög alkoholkonsumtion kan behandlas med kort intervention (6). Det kan ske genom enkel rådgivning vid ett samtal med exempelvis en terapeut, där en kortfattad broschyr ges i syfte att användas hemma för att kunna skatta sin alkoholkonsumtion (7). Studier har visat att tidig intervention mot riskfylld alkoholkonsumtion gett signifikanta resultat i form av minskad alkoholkonsumtion i upp till 2 år efter interventionen. Således är detta en enkel men effektiv metod (6).

FÖREBYGGANDE ARBETE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Socialstyrelsen kom år 2007 ut med nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. I dessa riktlinjer rekommenderas att hälso- och sjukvården inom vissa områden, som akutmottagningar och primärvården, har utarbetade system med tydliga strategier för tidig upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem för att tidigt kunna åtgärda begynnande problem. Detta skulle medföra stora ekonomiska besparingar för både sjukvården och samhället i stort (8). I hälso- och sjukvårdslagen (Lag 1998:1660) § 2 c

står att ” hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” (9 s 114). Att förebygga ohälsa är att verka för tidig upptäckt, vilket innebär att hälso- och sjukvården ska försöka upptäcka och motverka ett riskfyllt bruk av alkohol och narkotika innan bruket blir hälsovådligt (8).

Det första steget i den förebyggande verksamheten är att upptäcka patienten, få en kontakt med denne och identifiera problemet. I sjukvården kan det röra sig om patienter som söker hälso- och sjukvården för andra orsaker men där misstanke om riskfylld konsumtion finns som bidragande orsak till patientens besvär. De kan också söka vård för sina alkoholproblem (8). Johansson och Wirbing (3) talar om att vården har stora möjligheter att upptäcka hälsoproblem till följd av alkoholöverkonsumtion. Patienten är ofta villig att utreda orsaken till sina besvär, och då kan alkohol som möjlig riskfaktor ofta diskuteras utan att större problem med att förneka uppstår (3). Vid etablerad kontakt med patienten gäller det att skapa ett förtroende hos patienten så att denne vågar/vill prata om sina eventuella alkoholvanor. Frågor om alkoholvanor bör ställas, de kan ofta ingå i samtal om sociala faktorer och livsstilsaspekter (8).

Berglund och Rydberg (7) menar att människor generellt har en ambivalent inställning till alkohol, vilket gör att det är svårt att prata om alkoholvanor, särskilt sina egna. Studier har visat att om hälso- och sjukvårdspersonal har en negativ attityd till alkoholproblem speglar det ofta av sig i ett negativt beteende mot patienten. Detta i sin tur uttrycks genom att ignorera diagnosen och behandlingsåtgärder uteblir. Att komma till rätta med detta problem handlar om att varsebli de egna attityderna till alkohol och alkoholproblem genom utbildning om alkoholfrågor och positiva förebilder inom vården.

SJUKSKÖTERSKANS MÖTE MED PATIENTEN

När en patient kommer till en vårdavdelning på sjukhus skall sjuksköterskan göra en första bedömning av patientens omvårdnadsproblem och omvårdnadsbehov. Detta sker på Östra sjukhuset utifrån dokumentationsmodellen VIPS (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet) i ett ankomstsamtal. Ankomstsamtalet följer omvårdnadsprocessens olika delar. Omvårdnadsanamnesen syftar till att ge en bakgrund till den aktuella situationen patienten söker vård för. Problem som upptäcks, som patienten kan ha haft tidigare men som påverkar den aktuella vårdssituationen, tas vidare med till omvårdnadsstatus under lämpligt sökord. I omvårdnadsstatus beskrivs patientens situation med inriktning mot aktuellt/aktuella omvårdnadsproblem. Utifrån ankomstsamtalet gör sjuksköterskan sedan en bedömning av identifierade problem hos patienten och utformar omvårdnadsdiagnoser (10).

Att göra en psykosocial bedömning är en känslig process som bygger på interaktionen och kontakten som uppstår mellan sjuksköterskan och patienten. Samtalet förutsätter en relation mellan sjuksköterskan och patienten för att skapa trygghet och ett bra samarbete. Vid dessa känsliga samtal är det viktigt att lyssna aktivt, att höra vad som sägs och hur patienten ser ut när han/hon säger det. Säger ordet en sak, kroppsspråket en annan? Patientens situation och svar får styra hur frågorna ställs. Sjuksköterskan skall inte konfrontera eller utmana patienten, utan visa förståelse för svåra områden som man får återkomma till vid senare tillfällen. Det är viktigt att få fram väsentlig information kring patientens tankar, känslor, erfarenheter och upplevelser. Sjuksköterskan skall ha

en intresserad och accepterande attityd. Tystnaden i samtalet är viktigt för reflektion och eftertanke där båda parterna får en chans att samla ihop vad som sagts för att komma vidare i samtalet. Sjuksköterskan får också tillfälle att ringa in patientens problem i både det som sägs och inte sägs. I tystnaden får sjuksköterskan även chans att reflektera över sin egen reaktion över det som sagts, ens egen ångest eller fördomar får inte styra förhållningssättet i samtalet (1, 10, 11).

Samtal kring alkohol är svåra. Processen kan störas av sjuksköterskans eget obehag inför frågorna kring alkoholanvändning och påverka mötet negativt. Det kan också bli misslyckat om sjuksköterskan ställer konfrontativa frågor kring alkoholen i ett skede där relationen inte etablerats tillräckligt, vilket leder till att patienten sluter sig och kontakten med patienten går förlorad och bedömningen uteblir. Ett annat vanligt misslyckande är att sjuksköterskan lyssnar öppet och empatiskt, och patienten beskriver sin upplevelse av problemet men undviker att spontant beröra själva alkoholanvändningen. Om inte sjuksköterskan, eller annan vårdpersonal, vågar ställa kompletterande frågor kring patientens alkoholanvändning blir de aldrig ställda, bedömningen uteblir och patienten går vidare i vårdkedjan. Stora problem kan på detta sätt passera obemärkta år efter år, istället för att med enkla metoder få patienten uppmärksam på sin alkoholanvändning genom exempelvis kort intervention (1).

Ett dilemma för sjuksköterskan är kravet på hög effektivitet i vården. Sjuksköterskan har kort tid på sig att etablera kontakt med patienten och skaffa sig den helhetsbild av patienten som hon behöver för att säkerställa god vård. Det är viktigt att sjuksköterskan utvecklar goda kommunikationsfärdigheter för att förbättra kontakten med patienten och säkra kvaliteten på vården då arbetsbelastningen är hög. Bra samtalsfärdigheter hjälper sjuksköterskan att få fram detaljerad och enhetlig kunskap om patientens situation. Det ger även sjuksköterskan en extra trygghet i besvärliga samtalssituationer (12).

Etisk relationsteori

Løgstrup (13) tar upp begreppet tillit och menar att tilliten inte beror på oss, den är given. Människor möter normalt varandra med en naturlig tillit, det tillhör vårt mänskliga liv. Att på förhand tro på varandra och ha tillit är mänskligt, att bära sig annorlunda åt skulle vara livsfientligt. När människan visar tillit innebär det att utelämna/blotta sig själv. Det finns en förväntan om att bli emottagen, att den andre personligen uppfyller ens förväntan.

Tillit finns med i alla samtal. I samtalet utlämnar den enskilde sig. I tilltalet ställs ett bestämt krav på den andre, det slår an en bestämd ton oavsett innehållet i samtalet. Den enskilde går ut ur sig själv för att existera i talets förhållande till den andre. Det uttalade kravet går ut på att den enskilde tas emot genom att den bestämda tonen tas upp. Om tonen inte blir hörd eller väljs att inte höras blir den enskilde förbisedd. Om tillit inte möts av mottagande slår den över i misstro. ”Den enskilde har aldrig med en annan människa att göra utan att han håller något av den andra människan i sin hand” (13 s 48).

Vidare talar Løgstrup (13) om det etiska krav som kommer av tillit. I och med att en människa visar eller begär tillit, ger av sitt liv i den andres hand, följer också kravet om att ta tillvara på detta liv. Det är dock inte det samma som den andra människans önskan eller krav. Den andra människans önskan och förväntan kan bli den enskildes utmaning att gå emot. Den etiska utmaningen består i att den enskilde vet vad som är bäst för den

andra människan. Det är den enskildes sak att förstå vad kravet består av. Kravet är radikalt då det är uttalat, den enskilde måste ta reda på hur hon bäst tar tillvara den andra människans liv. Hon får tänka och handla osjälviskt. Det innebär att allt som i det inbördes förhållandet kan ge anledning att sägas och göras skall sägas och göras för den andra människans skull, vars liv den enskilde håller i sin hand. Att uppfylla kravet osjälviskt innebär inte gränslöst, då det kan leda till övergrepp.

Att förstå vad som är bäst för den andra människan sker utifrån den enskildes människans livsförståelse, menar Løgstrup (13). Den andra människans individualitet är inte utlämnad åt en, det går inte att bestämma hur den andra reagerar. Den enskildes önskan att förstå vad som bäst hjälper den andra, att tala, titta och handla utifrån den förståelsen, måste vara kopplad till viljan att låta den andra vara herre i sin egen värld. Alla människor är självständiga och ansvariga individer. Ansvaret består inte i att ta över den andra människans eget ansvar.

Løgstrup (13) talar också om makt. Makt finns i alla förhållande mellan människor. Människan är alltid fångad i avgörandet om hon skall använda den makten till sitt eget bästa eller till den andra människans bästa. Kravet är att låta makten över den andra alltid tjäna den andra.

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Både Travelbee (14) och Peplau (15) beskriver omvårdnad som en mellanmänsklig process. Genom processen, enligt Kirkevolds (14) tolkning av Travelbee, hjälper sjuksköterskan en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och att finna en mening i dessa upplevelser. Hon utgår från att människan är unik och ej generaliserbar, den enskilde individens upplevelse av en situation är bara hans egen. Syftet med omvårdnad är att hjälpa människan att finna mening i sitt lidande. Sjuksköterskans uppgift är att etablera och upprätthålla en mellanmänsklig relation med individen. Det krävs dock en ömsesidig relation där båda ser varandras mänsklighet. Det viktigaste redskapet sjuksköterskan har för att etablera en relation med individen är kommunikation. Kommunikationen pågår ständigt, både verbalt och icke verbalt och syftar till att lära känna individen och möta hans eller hennes behov. Genom att göra detta uppnås målet med omvårdnaden som är att hjälpa individen, att uthärda och bemästra sjukdom, lidande och att finna en mening i sin upplevelse.

Peplau (15) beskriver omvårdnad som en terapeutisk och undervisande process mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan vägleder och handleder patienten till att bättre förstå hälsoproblem och bättre hantera hälsorelaterade problem i sin livssituation. Genom processen hjälper sjuksköterskan patienten att identifiera och bedöma sina problem. Patienten kan därmed känna en viss kontroll över sin situation och kan också ta ansvar för den, för att slutligen kunna utvecklas och frigöra sig från sjuksköterskans vägledning och handledning. Sjuksköterskan intar olika roller i processen, bl. a. som ledare, men patienten måste ha en aktiv roll i relationen för att hälsoproblemen skall kunna lösas. Det behöver vara ett demokratiskt förhållningssätt. Sjuksköterskan har också rollen som rådgivare/handledare. Lyhördhet krävs vid rådgivning, för det är patienten själv som skall upptäcka de val och möjligheter han/hon har att förändra sin livssituation.

PROBLEMFORMULERING OCH SYFTE

I litteraturen framgår att risk- eller överkonsumtion av alkohol kan orsaka stor skada för såväl enskilda individer som för samhället. Vikten av att tidigt upptäcka risk- eller överkonsumtion framhålls i avsikt att intervensera och förebygga skador. Sjuksköterskan skall i mötet med patienten göra en bedömning av dennes omvårdnadsproblem och omvårdnadsbehov. Ofta sker det genom samtal.

Syftet med detta fördjupningsarbete var att undersöka vad som påverkar sjuksköterskan att i mötet med patienten ta upp frågan om dennes alkoholvanor.

METOD

Arbetet bygger på litteraturstudie och är baserat på 10 vetenskapliga artiklar. Artiklarna har tagits fram genom sökningar i databaserna Cinahl, Pubmed och Scopus. Sökorden som användes var nurse, nursing, patient, alcohol, brief, brief intervention, communication, nurse attitudes, attitudes, alcohol prevention, interview, health personnel attitudes i olika kombinationer. Sökorden valdes med tanke på att ringa in områden där sjuksköterskan möter patienter och där hon får möjlighet att samtala med dem om alkoholvanor. Det var dock svårt att finna artiklar i ämnet varför bibliotekets personal konsulterades. De gav oss nya vägar att få fram artiklar i ämnet, bl.a. i Scopus och Cinahl. Sökningen inriktades mot attityder hos sjuksköterskor vid arbete med alkoholintervention. Sökorden nurse, nursing, alcohol, prevention, patient, brief intervention, health personnel attitudes och nurse attitudes användes i olika kombinationer och det var dessa som gav valda artiklar. Årtalen begränsades mellan år 1998-2008. För fullständig artikelsökning var god se tabellen nedan.

Tabell 1.

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Använda artiklars ref.nr
1/4 2008	Cinahl	Nurse, patient, alcohol	Årtal: 2000-2008, peer review, abstract.	44	1	24
1/4 2008	Pubmed	Nursing, alcohol, brief	Årtal: 2003-2008, abstract, reviewed.	31	1	21
29/4 2008	Cinahl	Nursing, attitudes, alcohol	Årtal: 2000-2008, abstract, peer review.	37	0	
29/4 2008	Cinahl	Nursing, patient, alcohol.	Årtal: 2000-2008, abstract, peer review	49	0	
29/4 2008	Pubmed	Nursing, attitudes, alcohol	Årtal: 1998-2008, english, abstract, reviewed.	23	0	
29/4 2008	Pubmed	Nursing, patient, alcohol.	Årtal: 1998-2008, english, abstract, reviewed.	56	0	
29/4 2008	Pubmed	Nursing, communication, alcohol.	Årtal: 1998-2008, english, abstract, reviewed.	9	0	
29/4 2008	Cinahl	Nursing, communication, alcohol	Årtal: 2000-2008, abstract, peer review	0	0	
29/4 2008	Cinahl	Alcohol,	Årtal: 2000-2008,	32	0	

		patient, communication	abstract, peer review			
29/4 2008	Cinahl	Nurse, alcohol, prevention, patient	Årtal: 2000-2008, abstract, peer review	41	0	
29/4 2008	Pubmed	Nurse, alcohol, brief intervention	Årtal: 1998-2008, english, abstract reviewed.	9	0	
29/4 2008	Cinahl	Nurse, alcohol, brief intervention	Årtal: 2000-2008, abstract, peer review.	17	1	19
29/4 2008	Cinahl	Nurse, patient, interview, alcohol.	Årtal: 2000-2008, abstract, peer review.	6	0	
30/4 2008	Scopus	Health personnell attitudes, alcohol.	Subarea social science	93	2	18, 17
30/4 2008	Scopus	Related article		1	1	25 (Från artikel 17 ovan)
30/4 2008	Cinahl	Nurse attitudes	Nurse attitudes as a major concept, peer reviewed, research articles.	6253		
		Alcohol		29	3	16, 20, 22
19/5 2008	Cinahl	Nurse attitudes	Cinahl headings, nurse attitudes as a major concept.	6338		
		Alcohol		42		
			Refine search, peer reviewed, research articles.	29	1	23

Vid sökningarna granskades först artikelns titel, därefter abstract. Om abstract verkade intressant lästes artikeln igenom som helhet samt granskades utifrån checklistor tillhandahållna av institutionen för att avgöra om artiklarna var av tillräckligt god kvalitet. Val av artiklar skedde utifrån syftet samt sjuksköterskeperspektivet. Flertalet av artiklarna riktar sig till läkare och sjuksköterskor. En artikel handlar om vilken effekt utbildning har på psykiatrisjuksköterskors attityder och kunskaper om dubbeldiagnoser: drogmissbruk och psykisk sjukdom (16). Åtta av artiklarna berör ämnet intervention eller prevention (17-19, 21-25), sex av dessa berör också sjuksköterskornas attityder till alkoholrelaterat arbete (17-19, 22-24). En artikel handlar om sjuksköterskors kunskap, attityder och föreställningar angående droger (20).

Nordiska artiklar valdes i huvudsak för att så långt det är möjligt spegla svenska förhållanden. Artiklarna kom från Cinahl (6st), PubMed (1st) samt Scopus (3st). En artikel (25) som inkluderades blev funnen genom "related articles" från artikeln av Johansson m. fl. i databasen Scopus. Hälften av artiklarna är svenska, 2 artiklar är finska, 1 artikel är engelsk, 1 artikel är från Skottland samt 1 artikel är från Australien. Artiklarna består av 4 kvalitativa och 6 kvantitativa studier.

Flera av artiklarna som söktes fram var riktade utifrån läkarnas arbete och inkluderades därför inte. Flertalet artiklar som fanns intressanta var på spanska och portugisiska och kunde därför inte ingå. En finsk artikel som var intressant fick också uteslutas då den endast fanns på finska. En dansk artikel som var intressant då den helt belyste sjuk-

sköterskeperspektivet fick exkluderas då den var en sammanfattning av en master-uppsats och inte publicerad i vetenskaplig tidskrift.

Efter noggrann genomläsning av artiklarna bearbetades resultatdelen i artiklarna induktivt (26). Texten granskades, kategorier som trädde fram i alla artiklar kunde urskiljas: kunskap, kunskapsbrist, reaktion, relation, attityd, ansvar, prioritering, rutiner samt resurser. Kategorierna placerades sedan i tre övergripande teman: kognitiva faktorer, emotionella faktorer, organisatoriska faktorer. Resultatet presenteras nedan under respektive tema.

RESULTAT

KOGNITIVA FAKTORER

Kunskap

I tre studier fann författarna att sjuksköterskorna ansåg sig ha adekvata kunskapsnivåer i alkoholrelaterat arbete och alkoholrelaterade problem (17, 19-20). Sjuksköterskorna ansåg sig veta hur de skulle prata om alkoholkonsumtion med patienterna. De visste hur de skulle motivera patienterna att underkasta sig behandling och trodde sig ha färdigheter att påverka patientens alkoholintag (19-20).

I en svensk studie från 2001 kunde ett signifikant samband ses mellan frekvensen av patienter som blev tillfrågade om sin alkoholkonsumtion och sjuksköterskans upplevda kunskap och kompetens. De med bättre upplevd kompetens i identifiering av alkoholrelaterade problem frågade mer frekvent sina patienter om deras alkoholkonsumtion (17).

Aalto m.fl. (18) ville utvärdera förändringar i attityder, färdigheter och kunskap angående kort intervention hos sjuksköterskor och läkare. Detta skedde under införandet av kort rådgivning om alkohol som rutin i primärvården. Riktlinjer utformades tillsammans med läkarna och sjuksköterskorna. AUDIT-skalan och annat skrivet material gavs ut och informationstillfällen hölls för att marknadsföra riktlinjerna. De fann att kunskaper och praktiska färdigheter ökade signifikant hos sjuksköterskorna efter införandet och att behovet av praktisk träning minskade.

Munro m.fl. (16) ville i en randomiserad studie med kontrollgrupp fastställa effekten av ett skraddarsytt utbildningsprogram på attityder och kunskaper hos sjuksköterskor inom psykiatri som arbetar med patienter med missbruk och psykiska sjukdomar. Utvärdering av kunskaper och attityder skedde med hjälp av frågeformulär och en attitydskala vilka distribuerades före utbildningsprogrammet, direkt efter och 6 månader efter. En signifikant ökning av kunskap kunde i experimentgruppen ses direkt efter utbildningen, men även i kontrollgruppen kunde en kunskapsökning ses efter 6 månader. Attityderna mot denna patientgrupp var innan utbildning liknande i de båda grupperna. Uppföljningen direkt efter utbildningen visade på signifikant förbättring av attityderna i experimentgruppen, kontrollgruppen var oförändrad. Uppföljningen 6 månader efter utbildning visade på ytterligare förbättring i experimentgruppen.

Kunskapsbrist

Trots att sjuksköterskorna ansåg sig veta hur de skulle prata om alkoholkonsumtion med patienterna, ansåg de sig dock behöva mer utbildning och fler uppföljande kurser. De

ville ha mer utbildning i att upptäcka högkonsumenter av alkohol, i kort intervention, och i att identifiera och behandla alkoholrelaterade sjukdomar (19-20). I flera artiklar framhålls behovet av utbildning i alkoholfrågor (17, 19-22). Johansson m.fl. (21) beskrev i sin artikel att personalen tidigare hade gått en kurs som bidrog till att öka kunskapen om riskfyllda och skadliga alkoholkonsumtionsnivåer. Den ökade också medvetenheten om att patienter kan ha hög alkoholkonsumtion utan att uppvisa symtom samt gav bättre kompetens angående alkoholscreening. Trots detta betonade vissa sjuksköterskor att de hade bristande kompetens angående kort alkoholrådgivning och intervention, och att de inte vet vart de skall hänvisa patienten vidare. Bristande självförtroende angavs även som orsak till att inte fråga patienten om dennes alkoholvanor trots att de misstänkte att patienten drack för mycket alkohol (21).

I en studie från England framkom att sjuksköterskorna inte fått någon specifik utbildning i alkoholfrågor, och att den bristande erfarenheten angavs som orsak till varför alkoholfrågan prioriterades lågt eller ibland uteslöts (22). Andra orsaker till att alkoholrelaterat arbete utfördes med försiktighet angavs vara att sjuksköterskorna inte kunde rekommendationerna för riskfyllt intag av alkohol. De hade bristande kunskaper i att råda om hur många alkoholfria dagar patienterna bör ha per vecka, om daglig maxkonsumtion för män och kvinnor och om rekommendationer för gravida (20, 22). Flera sjuksköterskor var osäkra på vilka gränser som gällde för riskkonsumtion av alkohol då de nyligen hade ändrats. Detta medförde att de kände sig osäkra i att råda patienten om minskad konsumtion (22). Johansson m.fl. (17) fann att primärvårdens personal ansåg sig ha generellt dåliga kunskaper i att identifiera och behandla alkoholrelaterade sjukdomar. Sjuksköterskorna hade också bristande självförtroende i att verkligen kunna påverka patientens alkoholvanor genom att ge alkoholintervention. Karlsson m.fl. (23) fann att sjuksköterskorna i huvudsak var positiva till alkoholintervention, men var osäkra på om den skulle ha någon effekt på patientens alkoholvanor.

I en svensk studie studerades genomförandet av att sprida tekniker i sekundär prevention bland läkare och distriktssjuksköterskor. De fick besök av en forsknings-sköterska som gick igenom projektet, lämnade material som AUDIT-skalan, en broschyr om riktlinjer för prevention och en manual för utövare. Efter studien påvisades att distriktssjuksköterskorna hade använt interventionsmaterialet i liten utsträckning, och proportionen distriktssjuksköterskor som ansåg sig kunna råda patienter om alkohol förblev låg (25).

EMOTIONELLA FAKTORER

Reaktion, relation och attityd

I två artiklar framkom det att frågor kring alkoholvanor upplevdes vara ett känsligt ämne (22-23). Att fråga alla patienter om alkoholvanor ansågs som obekvämt om sjuksköterskorna inte kunde referera till åtaganden eller tidsbegränsade projekt. De uttryckte också rädsla för att störa patientrelationen (21). I tre artiklar trodde sjuksköterskan att patienten skulle reagera negativt på frågor om alkoholvanor, ta illa upp och reagera med aggression, skuld, skam, uppvisa bristande intresse och likgiltighet (17, 22-23). Karlsson m.fl. (23) fann att många av sjuksköterskorna saknade koppling mellan alkoholintervention på en akutmottagning och det akuta hälsotillståndet. Dessa ansåg därför att det var svårt att ta upp ämnet om alkoholvanor med sina patienter (23). Johansson m.fl. (17) fann att sjuksköterskorna uttryckte farhågor om att patienterna inte

skulle våga söka primärvården om de visste att de skulle bli tillfrågade om sina alkoholvanor. Lock m.fl. (22) fann att sjuksköterskorna hade upplevt både positiva och negativa reaktioner från patienterna vid frågor om alkoholvanor. Aalto m.fl. (19) fann trots allt att ca 50 % av sjuksköterskorna trodde att patienten skulle reagera positivt på frågan om alkoholvanor, 71 % av sjuksköterskorna var också positivt inställda till att diskutera alkoholvanor med patienterna. Bendtsen m.fl. (24) fann att 60 % av sjuksköterskorna trodde att patienterna skulle reagera negativt vid frågor om deras alkoholvanor. Ett år efter införandet av alkoholscreeningen rapporterade sjuksköterskorna att endast 10 % av patienterna reagerade negativt.

I en engelsk studie uppdagades att över hälften av sjuksköterskorna inte diskuterade alkoholvanor med sina patienter då de ansåg att patienten inte var ärlig och uppriktig då han/hon uppgav sin alkoholkonsumtion. Det ledde till att svaren betraktades med misstro och råden gavs därför med förbehåll. Sjuksköterskans upplevelser av patienternas negativa reaktioner minskade entusiasmen att arbeta med alkoholintervention. Ett annat hinder som angavs för att arbeta med alkoholrelaterat arbete hänfördes till de sociala funktioner och copingfunktioner som alkoholen hade för patienten, det allmänna acceptandet av hög alkoholkonsumtion i regionen samt sjuksköterskans egna alkoholvanor. Många av sjuksköterskorna uttryckte oro över vissa dryckesmönster, exempelvis berusningsdrickande, samt för vissa typer av storkonsumenter av alkohol, såsom ungdomar, studenter, medelinkomsttagare, tjänstemän och arbetslösa. De var dock mindre oroad om högkonsumenten var gift, medicinstuderande eller äldre. Flera sjuksköterskor tyckte att de kunde ha överseende med alkoholvanorna hos äldre då det var för sent att oroa sig över alkoholens påverkan på deras hälsa. En sjuksköterska blev heller inte orolig över patientens alkoholvanor om de liknade hennes egna vanor eller om hon kände att patienten hade kontroll över sitt liv (22).

ORGANISATORISKA FAKTORER

Ansvar

Det framkom olika åsikter om vem som hade ansvar för alkoholprevention (17-18, 19, 21-24). Majoriteten av sjuksköterskorna på akutmottagningarna tyckte att preventionsarbete var helt eller delvis deras ansvar (23-24). Några sjuksköterskor ansåg att akuten endast är en vårdgivande enhet med skyldighet att åta sig akuta hälsoproblem (23). I andra studier gjorda i primärvården fann författarna genomgående att sjuksköterskorna ansåg att primärvården var rätt instans för alkoholprevention (17, 19, 21-22). Det var ingen av sjuksköterskorna som förkastade idén om deras involvering i kort alkoholintervention, men det rådde delade meningar om vilken personalkategori som var mest lämpad för uppgiften. En del tyckte att en mottagningssköterska var den mest lämpade (22). Aalto m.fl. (18) fann dock att sjuksköterskorna i primärvården inte tyckte att kort intervention hörde till deras arbetsuppgifter.

Prioriteringar, rutiner och resurser

I flera artiklar (17, 21, 23) angavs tidsbrist som en anledning till att alkoholprevention eller alkoholintervention inte utfördes. Vissa sjuksköterskor ansåg att alkoholintervention tog för lång tid och att andra patienter därmed blev lidande (17, 21). Andra sjuksköterskor upplevde en stressig verklighet, ville inte åta sig ytterligare uppgifter och såg ingen tid för alkoholintervention i deras nuvarande schema. Vissa sjuksköterskor ansåg att den alkoholpreventionsmetod som bäst skulle passa deras arbetsrutiner var sådana metoder som patienterna själva kunde administrera (23). Brist på resurser att ta

hand om patienter med hög alkoholkonsumtion angavs i en studie vara ett hinder för sekundär alkoholprevention (17). Två studier pekade på att en del sjuksköterskor ansåg att alkoholprevention påverkade arbetsbördan (23, 24).

Andra studier fann att sjuksköterskor hellre engagerade sig i de patienter med skadligt alkoholbruk än de patienter med riskfylld alkoholkonsumtion utan symtom, om de misstänkte att hälsan var påverkad av alkoholkonsumtionen eller om de uppvisade symtom som vid hög alkoholkonsumtion (17, 20-21). Om det visade sig att patienten hade druckit före sjukhusvistelsen ansågs det viktigt att fråga om alkoholintag. Fokus på frågorna låg dock på vad som hänt i samband med besöket istället för på vanor i dagliga livet (23). Johansson m.fl. (17) fann att sjuksköterskor sällan frågade om alkoholkonsumtion när hälsostatus inte verkade vara påverkat. Andréasson m.fl. (25) fann att distriktssköterskor diskuterade livsstilsfrågor med sina patienter i en viss omfattning, men att de aldrig diskuterade frågor om alkohol vid dessa tillfällen. I en studie från England frågade dock alla sjuksköterskor sina patienter om deras alkoholvanor vid nyregistreringar, vid hälsokontroller eller vid kroniska sjukdomar som t ex diabetes, hypertoni eller hjärt- kärlsjukdomar (22). På en akutmottagning fanns det inga rutiner eller riktlinjer för hur alkoholvanor skulle diskuteras med patienterna, men de sjuksköterskor som var positiva till preventionsarbete välkomnade information om hur de skulle handskas med riskpatienter. En del av sjuksköterskorna tyckte att alkoholvanor borde vara en del av rutinanamnes (23).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Innan fördjupningsarbetet påbörjades trodde vi att det fanns hinder för sjuksköterskan att fråga om patienternas alkoholvanor. Detta var dock inget som styrktes i introduktionen, därför valdes ett syfte som inte var styrt av våra förutfattade meningar. I dataanalysen framträdde kategorier och teman som vi valde att benämna som faktorer. I de fall i resultatet, där det framkommer t ex brist på kunskap eller självförtroende, skulle det kunna ses som hinder för att fråga om alkoholvanor. Att ha kunskap kan däremot inte kallas för hinder, utan är snarare en faktor som påverkar sjuksköterskan.

Informanterna i artiklarna var i huvudsak sjuksköterskor eller distriktssjuksköterskor. Det var god spridning i åldrar, kön och erfarenhet. Detta gav ett bra underlag för resultatet. I en del studier var informanterna både läkare och sjuksköterskor. I en svensk studie (23) inbegrep begreppet nursing staff både sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare. I en annan svensk studie (24) inbegrep nurses både sjuksköterskor och undersköterskor. I de fall där personalkategorierna har kunnat urskiljas har endast sjuksköterskornas svar använts. I fördjupningsarbetet har endast resultatdelen i artiklarna använts. Den geografiska spridningen på artiklarna har upplevts överförbara på svenska förhållanden och anses inte ha påverkat resultatet i negativ riktning. Förhållandena i de utländska artiklarna upplevdes inte skilja sig nämnvärt från de svenska.

Då sökningar av artiklar påbörjades fanns en förväntan om att finna artiklar som handlade om samtal kring alkohol mellan sjuksköterska och patient. Det blev få träffar på dessa sökningar, och inga artiklar bland dessa motsvarade vårt syfte. Detta tyckte vi var förvånande. Sökningen vidgades istället till *nurse attitudes* och *alcohol* vilket slutligen gav oss tillräckligt material för arbetet. Anledningen till att funktionen ”related

articles” användes var pga. svårigheter att finna relevanta artiklar. Om artiklar till ett fördjupningsarbete hade sökts på nytt hade sannolikt bibliotekspersonalen konsulterats i ett tidigare skede för att snabbare finna vägar att nå relevanta artiklar.

Endast en artikel hade ett godkännande från en etisk kommitté (16). En artikel hade diskuterat den etiska frågeställningen och kom fram till att det inte behövdes något godkännande från en etisk kommitté då studien inte berörde patienter (22). Övriga artiklar kommenterar inte den etiska aspekten, men samtliga studier byggde på frivilligt deltagande. Det var heller inte patienter involverade i studierna, endast hälso- och sjukvårdspersonal. I de artiklar där enkäter använts har svaren varit anonyma. Vid intervjuer hade svaren avidentifierats.

Vi har använt en sekundär källa vid beskrivningen av Travelbees omvårdnadsteori då originalkällan inte fanns tillgänglig. Kirkevolds tolkning av Travelbee har därför använts.

De artiklar som använts innehåller både kvalitativa och kvantitativa studier. Det har inte upplevts ha någon betydelse för fördjupningsarbetets resultat att artiklarna använt sig av olika metoder då informanternas svar varit uttömmande utifrån vårt syfte. Att använda induktiv metod hjälpte oss att lyfta fram ny kunskap ur tidigare utförda studier. Syftet var inte att jämföra resultaten ur de olika studierna utan att få fram ny kunskap, därför ansågs en induktiv ansats vara den mest lämpliga.

Det har upplevts positivt att vara två som skrivit fördjupningsarbetet då båda arbetar heltid respektive deltid och har andra sociala förpliktelser. Att ha stämt möte för att sitta med fördjupningsarbetet har varit en sporre att fortsätta driva arbetet framåt. Fördelen med att vara två författare är även att det alltid finns någon att diskutera med. Det förutsätter dock att båda har lätt för att samarbeta.

RESULTATDISKUSSION

Kognitiva faktorer

Det framhålls i litteraturen att det krävs ett gediget kunnande om alkoholens skadeverkningar samt förmåga att upptäcka överkonsumtion av alkohol (2-3). I resultatet framkom att det fanns sjuksköterskor som hade kunskaper och färdigheter i alkoholrelaterat arbete och alkoholrelaterade problem. Sjuksköterskor som fått utbildning i kort intervention eller annan skraddarsydd utbildning fick ökade kunskaper och praktiska färdigheter (16-18). De med bättre upplevd kompetens frågade mer frekvent sina patienter om deras alkoholkonsumtion (17). Detta överrensstämmer med litteraturen som framhåller att sjukvården har kunskap om alkoholens skadeverkningar och kan upplysa patienten om återhållsamma alkoholvanor (7). Vad det är som gör att dessa sjuksköterskor upplevde att de hade kompetens framgår inte av resultatet, men det kan tänkas att de hade ett större självförtroende att våga fråga om alkoholvanor i mötet med patienten. De kanske också hade bearbetat sina egna attityder mot alkoholproblem och därmed eliminerat eventuella negativa attityder och fördomar. Konkret utbildning i alkoholfrågor borde ges mer utrymme, men även utbildning om attityder kring alkoholproblem. Det är viktigt att bli varse sin egen inställning till alkohol och alkoholproblem genom utbildning inom alkoholfrågor (7).

Bristande kunskap, erfarenhet och självförtroende framkom som orsaker till att inte fråga om alkoholvanor. Att sjuksköterskor inte har kunskaper om alkoholrelaterat arbete står i kontrast till det litteraturen säger; att sjukvården har kunskaper om alkoholens skadeverkningar och kan ge upplysningar om detta till patienten (7). Johansson m.fl. (17) fann att personalen ansåg att primärvården generellt hade dåliga kunskaper i att identifiera och behandla alkoholrelaterade sjukdomar. Om det handlar om en reell kunskapsbrist eller upplevd kunskapsbrist framgår inte tydligt i resultatet. En reell kunskapsbrist skulle kunna åtgärdas med mer utbildning i alkoholfrågor. Om det handlar om upplevd kunskapsbrist kan det grunda sig i ett dåligt självförtroende. I resultatet framkom även att de sjuksköterskor som ansåg sig ha goda kunskaper om hur de skulle prata om alkoholkonsumtion med patienterna ändå upplevde att de hade bristande kompetens att utföra arbetet (19-20). Det samma upplevde sjuksköterskor som fått specifik utbildning i alkoholrelaterat arbete (21). Det skulle kunna vara en brist på tilltro till den egna kunskapen, att sjuksköterskan faktiskt har kunskaper om hur hon skall fråga patienten om dennes alkoholvanor men inte vågar lita på den. Detta skulle kunna avhjälpas med tydliga riktlinjer från arbetsgivaren då sjuksköterskan kan finna en legitimitet i att fråga patienten om det är något som görs generellt på arbetsplatsen. Om frågorna väl börjar ställas blir det troligtvis lättare med tiden då övning faktiskt ger färdighet. Utbildning i alkoholrelaterade frågor och alkoholrelaterat arbete är också ett sätt att stärka sjuksköterskornas kunskaper och tilltro till sin kunskap.

Sjuksköterskor uttryckte att de hade bristande självförtroende i att kunna påverka patientens alkoholvanor genom alkoholintervention, samt att de var osäkra på om den skulle ha någon effekt på patientens alkoholvanor (17, 23). Det har påvisats i tidigare studier att tidig intervention mot riskfylld alkoholkonsumtion gett signifikanta resultat i form av minskad alkoholkonsumtion i upp till 2 år efter interventionen (6). Det bristande självförtroendet som sjuksköterskorna upplevde kanske kan härröras till bristande kunskap, eller att kunskap om effekten av alkoholintervention inte nått ut till sjuksköterskor på arbetsplatsen. Om sjuksköterskan inte har kunskaper i alkoholintervention kan hon heller inte ställa frågor till patienten om dennes alkoholvanor.

I studien av Andréasson m.fl. (25) gjordes försök till att sprida tekniker i sekundär prevention, där distriktssjuksköterskor använde interventionsmaterialet i liten utsträckning och få distriktssjuksköterskor ansåg sig kunna råda patienter om alkohol. Här hade distriktssjuksköterskorna fått konkret utbildning och arbetsmaterial till att utföra just alkoholintervention på patienter, men ändå utfördes det inte i någon större utsträckning. Kan det bero på kunskapsbrist eller har det med distriktssjuksköterskornas attityder till alkoholintervention att göra, eller bristande intresse för patientgruppen? Berglund och Rydberg (7) skriver om hur en negativ attityd till alkoholproblem kan spegla av sig i patientrelationen, vilket skulle kunna förklara ovan nämnda.

Emotionella faktorer

I flertalet artiklar framkom det att frågor om alkoholvanor upplevdes vara ett känsligt ämne och att sjuksköterskorna därför inte tog upp frågan (17, 21-23). Detta uttrycktes i rädsla för att störa patientrelationen (21) samt att de trodde att patienterna skulle reagera negativt på frågor om alkoholvanor (17, 22-24). Om sjuksköterskorna redan från början visar en negativ attityd mot ämnet kan patienten aldrig känna någon tillit till sjuksköterskan som Løgstrup (13) talar om. Enligt Travelbee (14) skall sjuksköterskan bedriva omvårdnad genom att etablera en relation med individen. Detta sker främst genom kommunikation där sjuksköterskan lär känna individen för att möta dennes

behov. Enligt Peplau (15) skall sjuksköterskan vägleda och hjälpa patienten att identifiera och bedöma sina hälsoproblem, hjälpa honom/henne att känna viss kontroll över sin situation och kunna ta ansvar för den (15). Om frågan om alkoholvanor inte ställs kan heller inte omvårdnad bedrivas då den mellanmännsliga relationen med patienten uteblir som Travelbee och Peplau (14-15) beskriver. Sjuksköterskan måste våga fråga patienten om alkoholvanor för att upptäcka ett riskbruk av alkohol, få en kontakt med patienten och identifiera problemet såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer föreskriver (8). Sjuksköterskor måste bli duktiga i kommunikation. Det handlar inte om att vara konfrontativ, utan att faktiskt ställa frågan om alkoholvanor precis som frågor kring rökning och motion ställs.

Ett annat skäl till att inte ta upp frågan om alkohol var att sjuksköterskorna inte kunde se kopplingen mellan alkoholintervention på akutmottagningen och det aktuella hälsotillståndet. Det uttrycktes också farhågor som att patienter inte skulle våga söka vård om de visste att de skulle bli tillfrågade om sina alkoholvanor (17, 21, 23). Berglund och Rydberg (7) talar om att människor generellt har en ambivalent inställning till alkohol, särskilt sina egna, och att en negativ attityd till alkoholproblem ofta speglar av sig i ett negativt beteende mot patienten. Det kan leda till att diagnosen ignoreras (7). Ovan nämnda orsaker kan användas som argument till att inte fråga patienten om dennes alkoholvanor, trots att det egentligen kan vara sjuksköterskans egna attityder till alkohol och alkoholproblem som lyser igenom.

I den engelska studien framkom att mer än 50 % av sjuksköterskorna inte diskuterade alkoholvanor med sina patienter, då de inte trodde att de var ärliga och uppriktiga i angivningen av sin alkoholkonsumtion. Deras svar betraktades med misstro och rådgivning skedde med reservation (22). Løgstrup (13) skriver att människor normalt möter varandra med naturlig tillit, att på förhand tro på varandra och ha tillit är mänskligt. Tillit finns med i alla samtal, det är att utelämna sig själv. Løgstrup (13) menar också att den enskilda aldrig har med en annan människa att göra utan att denne håller något av den andre människan i sin hand. Kravet som följer är att ta tillvara på detta liv. Om sjuksköterskan betraktar patientens svar med misstro mister hon patientens tillit. Sjuksköterskan mister därmed också patientrelationen och kan inte ta tillvara på den enskildes liv såsom Løgstrup (13) beskriver. Misstron till patienten går också emot vad Peplau (15) säger, dvs. att det krävs lyhördhet vid rådgivning då det är patienten själv som skall upptäcka de val och möjligheter han/hon har att förändra sin livssituation.

I den engelska studien framkom också andra hinder för att arbeta med alkoholrelaterat arbete som kunde hänföras till de sociala funktioner och copingfunktioner som alkohol har för patienten, det allmänna accepterandet av hög alkoholkonsumtion i regionen samt sjuksköterskans egna alkoholvanor. Flera subjektiva bedömningar över vilka typer av dryckesmönster och storkonsumenter av alkohol som oroade sjuksköterskorna förekom (22). Även om alkoholen har sociala funktioner för patienten behöver sjuksköterskan vägleda patienten att bli medveten om sitt riskbruk för att kunna få till en förändring (15). Løgstrup (13) menar att alla människor är självständiga och ansvariga individer. Ansvar består inte i att ta över den andra människans eget ansvar (13). Sjuksköterskans önskan att förstå vad som bäst hjälper patienten måste vara kopplat till viljan att låta patienten bestämma själv. I SBU-rapport från 2001 (6) anges gränser för vad som anses vara riskfylld alkoholkonsumtion. Dessa gränser bör gälla alla människor oavsett vilken social tillhörighet patienten har. Egna subjektiva bedömningar borde inte kunna förekomma om sjuksköterskan håller sig till riktlinjerna för vad riskfylld alkohol-

konsumtion är. Det kan tänkas att skillnaderna är stora mellan England och Sverige vad gäller dryckesmönster och alkoholintag. Det är oklart om gränserna för riskkonsumtion av alkohol i England skiljer sig från de som används i Sverige. Dock ökar alkoholkonsumtionen i Sverige (1, 3), alkohol är med i de flesta sociala sammanhang och är troligtvis en viktig del i många människors umgänge med andra varför paralleller med England skulle kunna dras.

Organisatoriska faktorer

Frågan om vem som har ansvaret för alkoholprevention gick isär. Studierna gjorda i primärvården visade att sjuksköterskorna ansåg att primärvården var rätt instans för alkoholprevention (17, 19, 21-22), men att det rådde delade meningar om vilken personalkategori som var mest lämpad för uppgiften. De två studierna som utfördes på akutmottagning visade på olika åsikter. Majoriteten av sjuksköterskorna på akutmottagningen tyckte att det var deras ansvar helt eller delvis. Det framkom även åsikter som att akuten endast är en enhet för akuta hälsoproblem, och att prevention därmed inte ingick i deras arbete (23-24). Peplau (15) menar att patienten själv kan ta ansvar för sitt hälsoproblem om sjuksköterskan hjälper denne att identifiera och bedöma det. Genom preventivt arbete kan problemen identifieras i tidigt skede, redan på akutmottagningen, och därmed göra patienten medveten för att förändra sin livssituation. De negativa åsikterna från sjuksköterskorna på akutmottagningarna går helt emot Socialstyrelsens nationella riktlinjer (8). De rekommenderar att hälso- och sjukvården inom vissa områden, som akutmottagningar och primärvård, har utarbetade system med tydliga strategier för tidig upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem för att tidigt kunna åtgärda begynnande problem. Dessa riktlinjer kom ut år 2007 och det kan tänkas att arbete pågår för att få fram sådana rutiner. Hälso- och sjukvårdslagen (9) säger dock att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa och att den som vänder sig dit skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Ett besök på akutmottagningen bör vara ett lämpligt tillfälle att ge patienten upplysningar om alkoholens skadeverkningar, framförallt med tanke på att så många som 1/5 av patienterna på olika akutmottagningar söker pga. alkoholrelaterade orsaker (2). Løgstrup (13) talar om tillit som finns med i alla samtal, att visa tillit är att utlämna sig till en annan. Om någon visar tillit ställs det ett etiskt krav att ta tillvara på detta liv (13). Patienter som söker sjukvård på akutmottagningen utlämnar sig i sjukvårdens händer. Om sjuksköterskan i mötet med patienten inte tar upp frågan om alkoholvanor av den orsaken att det inte är hennes ansvar på en akutmottagning, fullföljer hon inte det ansvaret som Løgstrup (13) talar om, nämligen att ta tillvara på ett liv.

Tid och stress fanns som en orsak till varför alkoholprevention eller alkoholintervention inte utfördes (17, 21, 23). Vissa sjuksköterskor ansåg att alkoholpreventionsmetoder som skulle passa deras arbetsrutiner var sådana som patienterna själva kunde administrera (23). Sjuksköterskan har höga krav på sig om effektivitet i vården (12). Om inte tid avsätts för samtal med patienten om alkoholvanor kan omvårdnad inte bedrivas så som Travelbee (14) och Peplau (15) beskriver. En mellanmännisklig relation skall upprätthållas för att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande. Patienten handleds att bättre förstå sitt hälsoproblem (14-15). Effektivitet i vården bör vara att ställa frågor om alkoholvanor för att i nästa skede ge alkoholintervention. Att pga. tidsbrist undvika frågor kring alkoholanvändning är ineffektivt då de samhällsekonomiska konsekvenserna blir stora. Om det inte finns klara riktlinjer på arbetsplatsen för hur arbetet med alkoholprevention och alkoholintervention skall utföras kan det vara svårt för sjuksköterskorna att utföra arbetet. Uppgiften prioriteras

inte pga. tidsbrist. Men med de nya nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen kanske det kan bli en förändring.

I England frågade alla sjuksköterskor sina patienter om deras alkoholvanor vid ny-registreringar, vid hälsokontroller eller vid kroniska sjukdomar (22), medan det i en svensk artikel påvisades att distriktssjuksköterskor aldrig diskuterade alkoholvanor med sina patienter trots att övriga livsstilsfrågor diskuterades (25). Kan det vara så att primärvården i England har bättre utarbetade rutiner att få med frågan om alkoholvanor i samtalet med patienten? Heilig (1) talar om att ett vanligt misslyckande vid samtal kring alkohol är att patienten beskriver sin upplevelse av sitt problem men undviker att spontant beröra alkoholanvändningen. Om sjuksköterskan då inte ställer kompletterande frågor kring patientens alkoholanvändning kan ett eventuellt riskbruk passera obemärkt år efter år genom vårdkedjan (1). Det kan vara så att patienten själv inte förstår att hans/hennes hälsoproblem kan ha ett samband med alkoholanvändningen, men genom en enkel intervention kan sjuksköterskan hjälpa patienten att få upp ögonen för problemet och minska sin alkoholkonsumtion. Frågan om alkoholvanor skall ingå i hälso-status enligt VIPS (10), därför borde frågan ställas som rutin.

Johansson m.fl. (17) fann att sjuksköterskor sällan frågade patienterna om alkoholkonsumtion när dennes hälsostatus inte verkade vara påverkat. Syftet med att göra ett ankomstsamtal är att få en bakgrund till patientens aktuella hälsoproblem. I denna bakgrund ingår att fråga om alkoholvanor då detta kan vara en bidragande orsak till patientens hälsoproblem (10). Skador till följd av riskfylld alkoholkonsumtion kan vara diffusa i början (2-3), och kopplas därför inte självklart ihop med patientens hälsoproblem. Det borde räcka med riktlinjerna för ankomstsamtal enligt VIPS för att frågor om alkoholvanor skall bli ställda. Möjligen behövs det även påtryckning från arbetsgivaren att uppmärksamma riskkonsumenter som patientgrupp då alkoholskadornas omfattning är stor (2). Det skall bli intressant att följa om de nationella riktlinjerna från 2007 (8) kommer att påverka arbetsgivaren att fokusera mer på alkoholfrågan och därmed få fler sjuksköterskor att fråga sina patienter om deras alkoholvanor.

Några studier pekade också på att sjuksköterskor hellre engagerade sig i de patienter med skadligt alkoholbruk än de med riskfylld alkoholkonsumtion utan symtom (17, 20, 21) Återigen kommer subjektiva värderingar in om vilka patienter som tillfrågas om alkoholkonsumtion, det blir en prioriteringsfråga. En mer akut situation prioriteras framför en preventiv situation. Socialstyrelsens nationella riktlinjer säger dock att hälso- och sjukvården ska försöka upptäcka och motverka ett riskfyllt bruk av alkohol och narkotika innan bruket blir hälsovådligt (8).

SLUTSATS

Vårt syfte med fördjupningsarbetet var att undersöka vad som påverkar sjuksköterskan i mötet med patienten att fråga om dennes alkoholvanor. Detta anses vara uppnått då flera olika faktorer framkommit. Sjuksköterskan har i många fall bristande kunskaper, bristande självförtroende i att våga fråga, tycker det är ett känsligt ämne, betraktar patientens svar med misstro, vet inte vems ansvaret är samt upplever tidsbrist och känner stress. Det är svårt att konstatera vilket som gör att alkoholfrågorna uteblir, om det beror på dåliga kunskaper eller om det beror på dåligt självförtroende och attitydinställning. De går i varandra.

Kunskapsbristen bedöms vara den viktigaste faktorn som påverkar om sjuksköterskan frågar om alkoholvanor eller inte. Genom specifika utbildningar i alkoholrelaterat arbete ökar kunskapen hos personalen och stärker deras självförtroende. Härigenom kan troligtvis attityder påverkas i positiv riktning vilket gör att fler vågar fråga sina patienter och att sjuksköterskorna blir medveten om sitt ansvar i alkoholprevention. Eftersom alkoholskadornas omfattning är så pass stora, orsakar patienten stort lidande och kostar samhället stora summor pengar, ligger det i allas intresse att arbeta med detta.

Det vore önskvärt att i framtiden följa upp hur Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård kommer att påverka Hälso- och sjukvården. Det vore också intressant att undersöka patientperspektivet, hur de upplever att få frågan om sina alkoholvanor vid ett sjukvårdsbesök. Skulle de uppleva frågan som ett känsligt ämne eller skulle de uppfatta sjuksköterskorna som omsorgsfulla och professionella?

REFERENSER

1. Heilig M, Beroendetillstånd. Lund: Studentlitteratur; 2004.
2. Berglund M, Engström-Laurent A, Lindgren S, Lindholm N (red), Olsson R, Internmedicin. 4: e uppl. Stockholm: Liber; 2006.
3. Johansson K, Wirbing P, Riskbruk och missbruk, alkohol – läkemedel – narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri. Stockholm: Natur och kultur; 1999.
4. [www.wikipedia.org](http://sv.wikipedia.org/wiki/Motbok) sökord Motbok. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Motbok>. Tillgänglig 2008-12-13.
5. The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 97. <http://www.euro.who.int/document/e76907.pdf>. Tillgänglig 2008-12-09.
6. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Stockholm: Elanders Graphic Systems; 2001.
7. Berglund M, Rydberg U, Beroendelära. Lund: Studentlitteratur; 1995.
8. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Om samverkan mellan socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. 2007. http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A50309C4-BAB3-4EB9-A407-E5C684469D90/7076/20071021_rev.pdf Tillgänglig 2008-12-13.
9. Raadu G, Författningshandbok. 39: e uppl. Stockholm: Liber AB; 2008.
10. Ehnfors M et al, VIPS-boken. Stockholm: Vårdförbundet, FoU 48; 2000.
11. Arlebrink J, Grundläggande vårdetik – teori och praktik. 2: a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2006.
12. Eide H, Eide T, Omvårdnadsorienterad kommunikation. Lund: Studentlitteratur; 1997.
13. Løgstrup K.E, Det etiska kravet. Göteborg: Daidalos; 1984.
14. Kirkevold M, Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. 2: a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
15. Peplau H.E, Interpersonal Relations in Nursing. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan Education LTD; 1988.
16. Munro A. Watson H.E. McFadyen A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A

randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2006;44:1430-1438.

17. Johansson K. Bendtsen P. Åkerlind I. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol & Alcoholism*, 2002;37(1):38-42.
18. Aalto M. Pekuri P. Seppä K. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug and Alcohol Review*, 2005;24:555-558.
19. Aalto M. Pekuri P. Seppä K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 2001;96:305-311.
20. Happell B. Carta B. Pinikahana BA. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and Health Science*, 2002;4:193-200.
21. Johansson K. Åkerlind I. Bendtsen P. Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviors*, 2005;30(5):1049-1053.
22. Lock C.A. Kaner E. Lamont S. Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 2002;39(4):333-342.
23. Karlsson A. Johansson K. Nordqvist C. Bendtsen P. Feasibility of a computerized alcohol screening and personalized written advice in the ED: opportunities and obstacles. *Accident and Emergency Nursing*, 2004;13:44-53.
24. Bendtsen P. Holmqvist M. Johansson K. Implementation of computerized alcohol screening and advice in an emergency department – a nursing staff perspective. *Accident and Emergency Nursing*, 2007;15(1):3-9.
25. Andréasson S. Hjalmarsson K. Rehnman C. Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study. *Alcohol & Alcoholism*, 2000;35(5):525-530.
26. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur; 1998.

Bilagor:

1. Bilaga på AUDIT ur Heilig (1) s 69.
2. Artikelpresentation.

Bilaga 1, AUDIT-skala.

Här är några frågor om Dina alkoholvanor.

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.



Markera med kryss det alternativ som gäller Dig

Hur gammal är Du? år

Man ☐

Kvinna ☐

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|--|--|
| 1. Hur ofta dricker Du alkohol? | Aldrig
<input type="checkbox"/> | En gång i månaden
eller mer sällan
<input type="checkbox"/> | 2-4 gånger
i månaden
<input type="checkbox"/> | 2-3 gånger
i veckan
<input type="checkbox"/> | 4 gånger/vecka
eller mer
<input type="checkbox"/> |
| 2. Hur många »glas» (se exempel)
dricker Du en typisk dag
då Du dricker alkohol? | 1-2
<input type="checkbox"/> | 3-4
<input type="checkbox"/> | 5-6
<input type="checkbox"/> | 7-9
<input type="checkbox"/> | 10 eller fler
<input type="checkbox"/> |
| 3. Hur ofta dricker Du
sex sådana »glas» eller mer
vid samma tillfälle? | Aldrig
<input type="checkbox"/> | Mer sällan än en
gång i månaden
<input type="checkbox"/> | Varje
månad
<input type="checkbox"/> | Varje
vecka
<input type="checkbox"/> | Dagligen eller
nästan varje dag
<input type="checkbox"/> |
| 4. Hur ofta under senaste året
har Du inte kunnat sluta dricka
sedan Du börjat? | Aldrig
<input type="checkbox"/> | Mer sällan än en
gång i månaden
<input type="checkbox"/> | Varje
månad
<input type="checkbox"/> | Varje
vecka
<input type="checkbox"/> | Dagligen eller
nästan varje dag
<input type="checkbox"/> |
| 5. Hur ofta under senaste året
har Du låtit bli att göra något som
Du borde för att Du drack? | Aldrig
<input type="checkbox"/> | Mer sällan än en
gång i månaden
<input type="checkbox"/> | Varje
månad
<input type="checkbox"/> | Varje
vecka
<input type="checkbox"/> | Dagligen eller
nästan varje dag
<input type="checkbox"/> |
| 6. Hur ofta under senaste året har Du
behövt en »drink» på morgonen efter
mycket drickande dagen innan? | Aldrig
<input type="checkbox"/> | Mer sällan än en
gång i månaden
<input type="checkbox"/> | Varje
månad
<input type="checkbox"/> | Varje
vecka
<input type="checkbox"/> | Dagligen eller
nästan varje dag
<input type="checkbox"/> |
| 7. Hur ofta under senaste året har Du
haft skuld känslor eller samvetsförebåelser
på grund av Ditt drickande? | Aldrig
<input type="checkbox"/> | Mer sällan än en
gång i månaden
<input type="checkbox"/> | Varje
månad
<input type="checkbox"/> | Varje
vecka
<input type="checkbox"/> | Dagligen eller
nästan varje dag
<input type="checkbox"/> |
| 8. Hur ofta under senaste året har Du
druckit så att Du dagen efter
inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort? | Aldrig
<input type="checkbox"/> | Mer sällan än en
gång i månaden
<input type="checkbox"/> | Varje
månad
<input type="checkbox"/> | Varje
vecka
<input type="checkbox"/> | Dagligen eller
nästan varje dag
<input type="checkbox"/> |
| 9. Har Du eller någon annan blivit skadad
på grund av Ditt drickande? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja, men inte under senaste året
<input type="checkbox"/> | | | Ja, under senaste året
<input type="checkbox"/> |
| 10. Har en släkting eller vän, en läkare
(eller någon annan inom sjukvården)
oroat sig över Ditt drickande
eller antytt att Du borde minska på det? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja, men inte under senaste året
<input type="checkbox"/> | | | Ja, under senaste året
<input type="checkbox"/> |

Har du besvarat alla frågor? – Tack för din medverkan.

Bilaga 2, Artikelpresentation.

Referensnummer: 16	
Författare:	K. Johansson, P. Bendtsen, I. Åkerlind
Titel:	Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care.
Tidskrift:	Alcohol & Alcoholism
År:	2002
Land:	Sverige
Syfte:	Att utforska om rådande attityder och arbetssätt differerar mellan läkare och sjuksköterskor angående identifieringen av problemdrickare och kort intervention. Studien utforskar också färdigheter och hinder för att införa sekundär alkoholprevention på en vårdcentral innan uppstart av ett interventionsprogram.
Metod:	Kvantitativ metod. Frågeformulär med 28 frågor delades ut till alla deltagare vid en kort utbildning inom olika screeningmetoder och tekniker vid kort intervention.
Urval:	Alla vårdcentraler i Östergötland inbjöds att delta i projektet. 57 % av alla läkare och 63 % av alla sjuksköterskor deltog.
Antal referenser:	46
Referensnummer: 17	
Författare:	M. Aalto, P. Pekuri, K. Seppä.
Titel:	Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change?
Tidskrift:	Drug and Alcohol Review
År:	2005
Land:	Finland
Syfte:	Att utvärdera ev. förändringar i attityder, färdigheter och kunskaper om kort rådgivning om alkohol under införandet av kort rådgivning som rutin i primärvården.
Metod:	Kvantitativ metod, interventionsstudie. Frågeformulär skickades ut före och efter implementationen.
Urval:	Alla sjuksköterskor och läkare inom primärvården i Tampere, Finland. 177 sjuksköterskor och 77 läkare deltog.
Antal referenser:	16
Referensnummer: 18	
Författare:	A. Munro, H.E. Watson, A. McFadyen
Titel:	Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial
Tidskrift:	International Journal of Nursing Studies
År:	2007
Land:	United Kingdom, Skottland
Syfte:	Att titta på vilken effekt utbildning har på sjuksköterskor angående deras terapeutiska attityder, som arbetar med mentala sjukdomar och drog- och alkoholmissbruk.
Metod:	Kvantitativ metod, interventionsstudie. Strukturerade frågeformulär skickades ut före, efter samt 6 månader efter interventionen. Randomiserad studie.
Urval:	Sluppmässigt urval.
Antal referenser:	30
Referensnummer: 19	
Författare:	M. Aalto, P. Pekuri, K. Seppä.
Titel:	Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers.
Tidskrift:	Addiction
År:	2001
Land:	Finland
Syfte:	Att identifiera möjliga hinder för att sprida kompetent kort intervention.
Metod:	Kvantitativ metod. Frågeformulär mailades ut till alla sjuksköterskor och läkare som arbetar i primärvården i två finska städer (Tampere och Turku).
Urval:	Alla sjuksköterskor och läkare i primärvården i två finska städer (Tampere och Turku), städerna har ca 200 000 invånare.
Antal referenser:	24
Referensnummer: 20	
Författare:	B. Happell, B. Carta, J. Pinikahana
Titel:	Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey.

Tidskrift:	Nursing and Health Science
År:	2002
Land:	Australien
Syfte:	Huvudsyfte: att samla in grundläggande fakta för att utveckla ett omfattande utbildningsprogram för sjuksköterskor i Victoria. Syfte: dels att förvissa sig om kunskapsläget hos sjuksköterskor angående patienters problematiska alkohol- och droganvändning, dels att kartlägga sjuksköterskors attityder, tilltro och färdigheter angående alkohol- och drogsjukdomar och deras konsekvenser.
Metod:	Kvantitativ metod, frågeformulär.
Urval:	Alla vårdare i Melbourne City samt Victorias landsbygd knutna till ett särskilt team (CATT).
Antal referenser:	19

Referensnummer: 21

Författare:	K. Johansson, I. Åkerlind, P. Bendtsen
Titel:	Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden.
Tidskrift:	Addictive Behaviors
År:	2005
Land:	Sverige
Syfte:	Att identifiera under vilka omständigheter sjuksköterskor på Vårdcentraler i Sverige är villiga att delta i alkoholprevention och i vilken grad det är förenligt med rådande rutiner.
Metod:	Kvalitativ metod. Fokusgruppintervjuer.
Urval:	3 vårdcentraler i Östergötland som tidigare hade deltagit i en utbildningskurs om alkoholscreening och intervention.
Antal referenser:	20

Referensnummer: 22

Författare:	C.A. Lock, E. Kaner, S. Lamont, S. Bond.
Titel:	A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care.
Tidskrift:	Journal of Advanced Nursing
År:	2002
Land:	United Kingdom
Syfte:	Att undersöka sjuksköterskors attityder och arbetssätt vid alkoholintervention inom primärvården, för att förstå varför det utförs i så liten utsträckning.
Metod:	Kvalitativ metod. 24 sjuksköterskor djupintervjuades en och en eller ibland två och två. Studien är en del av ett större forskningsprojekt i syfte att marknadsföra kort alkoholintervention av sjuksköterskor i primärvården.
Urval:	Alla sjuksköterskor vid en sjuksköterskemottagning i Nordöstra England inbjöds att delta i studien. 24 sjuksköterskor deltog. Alla sjuksköterskor hade tidigare deltagit i en utbildning ledd av läkare i kort alkoholintervention.
Antal referenser:	42

Referensnummer: 23

Författare:	A. Karlsson, K. Johansson, C. Nordqvist, P. Bendtsen.
Titel:	Feasibility of a computerized alcohol screening and personalized written advice in the ED: opportunities and obstacles.
Tidskrift:	Accident and Emergency Nursing
År:	2005
Land:	Sverige
Syfte:	Att utforska den rådande attityden mot alkoholprevention generellt samt datorkonceptet innan introduktionen av konceptet som en del av dagliga rutiner på akutmottagningen.
Metod:	Semistrukturerade intervjuer med frågor som följde en intervjuguide och uppföljande frågor beroende på svaren. Även ett frågeformulär fylldes i senare i förberedelsefasen.
Urval:	Studien är en del av ett långtidsprojekt, deltagarna var därför redan utvalda. Sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningen vid Linköpings universitetssjukhus.
Antal referenser:	36

Referensnummer: 24

Författare:	P. Bendtsen, M. Holmqvist, K. Johansson.
Titel:	Implementation of computerized alcohol screening and advice in an emergency department – a nursing staff perspective.
Tidskrift:	Accident and Emergency Nursing
År:	2007
Land:	Sverige

Syfte:	Att utvärdera förändringar i attityd från starten till ett år efter införandet av datoriserad alkoholscreening och intervention (e-SBI) på akuten samt att beskriva förändringar i arbetssättet under en tvåårsperiod.
Metod:	Kvantitativ metod. Frågeformulär skickades ut till sjuksköterskorna innan e-SBI startade. Formuläret skickades även ut igen 1 år efter införandet av e-SBI för att mäta skillnader.
Urval:	Studien är en del av ett långtidsprojekt som försöker introducera opportunistisk e-SBI på akutmottagningen i Linköping. Urvalet är därför alla sjuksköterskor på akutmottagningen i Linköping som arbetar i triagerummet.
Antal referenser:	29
Referensnummer: 25	
Författare:	S. Andréasson, K. Hjalmarsson, C. Rehnman
Titel:	Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: A feasibility study.
Tidskrift:	Alcohol & Alcoholism
År:	2000
Land:	Sverige
Syfte:	Två syften, dels att samla in grundläggande data för STAD-projektet i Stockholm, dels att undersöka spridningen av tekniker av sekundärprevention bland läkare och distriktssköterskor i en hälsvårdsregion.
Metod:	Kvalitativ metod, halvstrukturerade intervjuer.
Urval:	Alla läkare och distriktssköterskor i hälsovårdsregionen centrala Stockholm.
Antal referenser:	31